

Meissnerland Derby

Nachweis der Schutzimpfung gegen Paramyxovirose

Taubenhalter (Name und vollständige Adresse):

Name: _____

Adresse: _____

Bezeichnung des Impfstoffes: _____

Impfdatum: _____ Chargen-Nr.: _____

FOLGENDE TAUBEN WURDEN GEIMPFT:

Ringnummer		Ringnummer	
1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	

Name des Tierarztes: _____

Adresse des Tierarztes: _____

Datum und Unterschrift des Tierarztes

**Achtung! Bei Anlieferung der Tauben dieses Formular im Original mitschicken.
Wir akzeptieren keine Faxe oder Fotokopien. Tauben ohne Impfnachweis werden
nicht angenommen.**